

## Editoriale **C**ure domiciliari: conviene realizzarle?

**S**i parla da anni di aumentare le risposte domiciliari, ma senza farlo. Sarebbe più conveniente portare a casa numerosi servizi personalizzati, ma non si fa. Converrebbe aiutare le persone nei loro spazi di vita, anche per il consenso politico che si potrebbe ottenere, ma non si fa. Si continua a confinare le persone altrove e lontano da casa. Lo fanno i portatori di interessi pubblici con il tormento di trovare risorse che non bastano mai. Ma è una scelta necessaria e inevitabile, da affrontare con coraggio e lungimiranza. L'assistenzialismo funziona come una prigione culturale, che impedisce di promuovere soluzioni valorizzando la dignità di ogni persona. Lo vuole la Costituzione per costruire un mondo più giusto, dopo le guerre e le istituzionalizzazioni del Novecento. L'assistenza domiciliare per le persone anziane (socio assistenziale) ha raggiunto nel 2018 solo 128.285 persone, con una spesa media per utente di 2.144 euro e una spesa complessiva di 274.985.752 euro (Istat – Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati). È poco per chi ha bisogno di continuare a sperare e a vivere a casa propria senza essere istituzionalizzato.

L'assistenza domiciliare integrata (sociosanitaria) sempre nel 2018 ha raggiunto 57.685 utenti con una spesa di 72.272.103 euro, con un costo medio per utente di 1.253 euro (Istat). È tutto quello che comuni e aziende sanitarie riescono a fare, senza aiutare abbastanza i propri cittadini, sapendo che c'è un'alternativa: pagare molto di più per integrare le rette delle persone istituzionalizzate. Conosciamo da tempo questo paradosso, si paga di più per sostenere la spesa residenziale destinando quote importanti dei bilanci pubblici sociali e sanitari, mentre quasi tutto il resto lo pagano le persone e le famiglie

Alcuni risultati della commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana sono stati sintetizzati così: «lo Stato – sistema sanitario, Comuni e pazienti, ognuno per la sua parte – spende circa 12 miliardi l'anno. Mentre per l'assistenza domiciliare sociale, sanitaria e integrata non arriviamo a 2 miliardi, sei volte di meno. Ma gli anziani sopra i 75 anni con disabilità o problemi motori sono 2 milioni e 700 mila e, di questi, un milione e 200 mila non hanno aiuto adeguato. C'è una discriminazione lampante».

---

Sono dati che descrivono un deficit di visione e di programmazione cioè di equa gestione delle risorse fiscali. È anche incapacità di tutelare le persone che restano fuori dai diritti e dalla possibilità di poterli esigere.

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 aveva proposto un patto di solidarietà per la salute, facendo leva su ragioni tecniche e strategiche. La più importante era: «non è possibile gestire la cura e la prevenzione senza le persone». Nell'emergenza Covid-19 tutti l'abbiamo vissuto e capito. I risultati migliori non dipendono dall'offerta, ma anche e soprattutto dal «Non puoi aiutarmi senza di me». Non possiamo infatti prevenire i rischi maggiori senza comportamenti responsabili cioè con il concorso al risultato di tutti. La salute è nello stesso tempo un bene umano e sociale. Va promosso contrastando le disuguaglianze nell'accesso ma, prima ancora, allargando la capacità di portare soluzioni a casa delle persone. Il prof. Veronesi proponeva l'ospedale del futuro ma sapeva che non sarebbe stato possibile, senza le cure domiciliari del futuro. La differenza non si fa solo con nuove strutture, ma bilanciando il curare e il prendersi cura, l'intensità tecnologica con l'intensità professionale e umana.

Negli ultimi 20 anni le cure domiciliari si sono limitate a erogare «prestazioni a domicilio», lasciando alle famiglie il compito di riempirle di tutto quello che manca. Manca soprattutto la capacità di sviluppare sistemi integrati di risposte equamente distribuite nei territori e nelle case delle persone, cioè senza fermarsi fuori della loro porta di casa.

Chi pensa che la differenza tra cure residenziali e cure domiciliari dipenda dal profilo di gravità guarda ai costi immediati. Quelli reali non dipendono dai profili di gravità, ma dai profili di capacità, le capacità che rendono possibili molte condizioni per continuare a vivere nei propri spazi di vita. Il poter continuare a viverli dipende da composizioni virtuose di intensità clinica e umana, insieme necessarie per convivere attivamente con la riduzione delle capacità. Integrando capacità professionali e umane le cure domiciliari diventano sostenibili. Le tecnologie a disposizione possono facilitarle, riducendo le istituzionalizzazioni non necessarie, in modi flessibili e personalizzati. È la sostenibilità del futuro, contrastando il prestazionismo iatrogeno, costoso e pericoloso per la speranza di vita. Alimenta costi ingiustificati, confonde le prestazioni con le soluzioni, non valorizza il concorso al risultato delle persone e delle famiglie. Le sperimentazioni ci dicono che è possibile e conveniente, perché gli indici di costo efficacia sono interessanti. Serve un cambio di paradigma perché non resti una grande opera incompiuta.

In passato la non autosufficienza è stata considerata un problema privato, che riguardava i soli interessati. Oggi è un'epidemia esistenziale da affrontare con soluzioni pubbliche, di rilevante interesse sociale. La speranza di vita con ridotte capacità riguarda molte persone e tutti quelli che diventeranno anziani. È cioè una condizione umana diffusa, che non può essere solo confinata in *setting* istituzionalizzanti. Conviene economicamente affrontare il problema, conviene alle persone e al futuro del nostro welfare. Le ragioni etiche valoriali aggiungono tutto il resto che riguarda la tutela della vita in ogni età e per ogni persona.

*Tiziano Vecchiato*